ITEM 69 : TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Conduite alimentaire : versant comportemental des mécanismes de régulation énergétique et nutritionnel, sous l'influence de facteurs physiologiques, psychologiques, comportementaux et environnementaux
Trouble du comportement alimentaire (TCA) = perturbation du comportement alimentaire, trouble de la perception de l'image corporelle et obsessions quant au poids/à l'alimentation
Etiopathogénie :
- Facteur de vulnérabilité : **terrain génétique/biologique**, trait de personnalité, socioculturel, familial
- Facteur déclenchant : **régime alimentaire strict, événement de vie, puberté**
- Facteur d'entretien : **déséquilibre biologique** induit par le trouble, **bénéfices relationnel et psychologique** (gratification de l'entourage, sensation de mieux être)

ANOREXIE MENTALE

- Prévalence = **1%**, débute dans 85% des cas entre 15 et 25 ans (âge en ↘) avec 2 pics à 14 et à 18 ans
- Prédominance féminine (9/10), plus fréquent chez les caucasiennes, à niveau socio-économique moyen/aisé
- Mortalité élevée= **5 à 10%** avec un risque de **1%/an**, trouble psychiatrique le plus à risque de suicide
- 2 types : - **Type restrictif pur**: restriction alimentaire ± hyperactivité physique → évolue souvent vers une forme purgative
  - **Type purgatif** : (parfois associé à crises de boulimie) vomissements, diurétiques ou laxatifs

Symptomatologie

- Début surtout chez les adolescents, souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté
- Mode d'entrée possible sous forme d'un **régime restrictif** (du fait d'un léger surpoids pré-morbide)
- Groupe à risque : **sportif, mannequin, danseur**…
- Association de : anorexie, amaigrissement, aménorrhée
- Déni fréquent, avec rationalisation de la perte de poids

Perte de poids

- Plus ou moins rapide, banalisée par la patiente, volontaire ou provoquée
- Parfois associée à un **sentiment de réassurance initiale**, une **impression d'absence de fatigue**, **d'euphorie**
- Stratégies palliatives à la prise de poids : **exposition au froid, augmentation de l'exercice physique, potomanie**

Conséquences

- **Effacement des aspects sexués du corps**
- **Troubles trophiques** : **altération des phanères** (peau sèche, ongles cassants, chute de cheveux), **hypertrichose, lanugo, acrocyanose, œdèmes carentiels, risque d'escarre**
- **Hypométabolisme** : **hypotension, bradycardie, hypothermie**

Restrictions

= De survenue progressive : **quantitative** (calories) et **qualitatives** (aliments gras et sucrés)
- **Restriction sélective** : évitement initialement des aliments caloriques (gâteaux, pâtisseries, beurre, crème…), puis progressivement sur les viandes, les féculents, aboutissant à des règles inflexibles
- **Anomalies du comportement alimentaire** : tris alimentaire, réduction de la taille des bouchées, manipulation et découpage de la nourriture, lenteur excessive des repas, rituels alimentaires
- **Pesée** et **vérification de leur silhouette** dans un miroir plusieurs fois par jour

Autres stratégies de contrôle du poids

- **Hyperactivité physique, exposition accrue au** froid (n'est pas une conduite purgative)
- **Vomissements provoqués** : plus fréquent, pratiquement spontanés après quelques mois
- **Prise de laxatifs** (fréquent) : **troubles digestifs**, risque **d'hypokaliémie**
- **Prise de diurétiques** : risque de **troubles ioniques** et **d'insuffisance rénale fonctionnelle**
- Autres médicaments : **coupe-faim, hormone thyroïdiennes, dérivés d'amphétamines…**
- **Potomanie** = consommation excessive, souvent compulsive, de liquide non calorique : objectif de purification et de remplissage, risque **d'hyponatrémie, convulsions, coma**

Distorsions cognitives

- **Absence de conscience du trouble** (insight), **déni, restriction mise sur le compte de plainte somatique (douleur abdominale, trouble du transit,…)**
- **Perturbation de l'image du corps = dysmorphophobie** : se ressent trop gros malgré un poids en dessous de la normale
- **Envahissement** et **préoccupations excessives** autour du **poids** et de **l'alimentation**
- **Croyances erronées sur le fonctionnement digestif et les aliments**
- **Evitement alimentaire** induit par des distorsions cognitives (aliments contaminants, nocifs…)
- Anomalies neuropsychologiques des fonctions exécutives : **altération de la flexibilité cognitive**
- **Maigreur revendiquée comme constitutive**

	Aménorrhée		= Primaire ou secondaire (le + souvent), par hypogonadisme d'origine hypothalamique liée à l'hypoleptinémie, avec anovulation et donc **infertilité** associée - Parfois **absente au début du trouble** - Possiblement **masquée par un traitement oestroprogestatif** - Souvent vécue comme sans importance par la patiente
	Traits associés		- **Trait obsessionnel** fréquent : perfectionnisme, ascétisme, inflexibilité, recherche de contrôle - **Difficultés dans la gestion des émotions** - **Trouble de l'estime de soi** - **Dépendance importante au milieu familial**, avec **réaménagement de la dynamique familiale** afin de rendre possible le maintien du trouble alimentaire - **Surinvestissement intellectuel**, au **détriment des champs relationnels et affectifs** - Altération de la sexualité : **désinvestissement sexuel**, plus rarement **hyperactivité sexuelle**
Retentissement médical	- **Ostéoporose** : carence en vitamine D, en calcium, et hypercatabolisme osseux par carence oestrogénique - **Amyotrophie** - **Œdèmes carentiels** (10%) : syndrome de Kwashiorkor avec hypoalbuminémie - **Troubles hydro-électrolytiques : hyponatrémie**, **hypokaliémie**, **hypocalcémie, hypophosphatémie** - **Insuffisance rénale fonctionnelle** - **Hypoglycémie**, avec **malaise** et **perte de connaissance** - **Anémie carentielle** (**fer, B9, B12**) dans 15% des cas - **Thrombopénie, leucopénie, neutropénie** et **lymphopénie** : **risque infectieux** majoré - Atteintes cardiovasculaires : **trouble du rythme** (arythmie, bradycardie extrême, secondaires aux troubles hydroélectrolytiques), **hypotension** - Troubles digestifs : **brûlures œsophagiennes, retard à la vidange gastrique, hypertrophie des glandes salivaires**, **érosions dentaires** (surtout si vomissements), **constipation** **- Cytolyse hépatique (présente dans la dénutrition ET la renutrition)**		
Diagnostic	- Dépistage par le **questionnaire Scoff-F** = ≥ 2 réponses positives : vous faites-vous vomir ? vous inquiétez vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ? avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ? pensez-vous que vous êtes grosse alors que les autres vous trouvent mince ? diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? - Echelle d'évaluation : **EAT** (*Eating Attitude Test*), **EDE** (*Eating Disorder Examination*), **EDI** (*Eating Disorder Inventory)*		
	Critères DSM-V		A – **Restriction alimentaire** (sans critère de poids) ± **amaigrissement** B – **Peur intense de prendre du poids**, malgré une insuffisance pondérale C – **Dysmorphophobie** : altération de la perception du poids ou de la forme du corps D – **Déni** de la maigreur et de la gravité des troubles, influence excessive du poids/de la forme sur l'estime ➔ L'aménorrhée n'est plus un critère diagnostique d'anorexie mentale
	Forme spécifique	**Chez l'homme**	= Plus rare (10%), incidence en augmentation, de mauvais pronostic - Tableau clinique identique, mais la volonté de maigrir n'est pas au premier plan, à l'exception d'une recherche d'un corps plus **musclé** et **sans graisse** (et non uniquement maigre), aménorrhée remplacée par des **troubles de l'érection** **- Pas de réelle restriction mais une alimentation sélective, pas de volonté de maigreur** - Trouble de la personnalité, trouble de l'identité sexuelle et parfois éléments psychotiques
		Forme pré-pubère	- Prédominance du **refus alimentaire** et d'une **hyperactivité comportementale** - Risque de **retard staturo-pondéral, de retard pubertaire, d'ostéoporose sévère** et **d'aménorrhée primaire**
		Forme atypique	- **Comportement de contrôle du poids,** sans forcément de perte importante : généralement dans certaines professions où le poids ou l'apparence sont des critères déterminants (danseur, mannequin, jockey…)
	DD	Trouble organique (anorexie et hypercatabolisme)	- **Tumeur cérébrale** : tumeur du tronc cérébral, craniopharyngiome - Hémopathie : **leucémie** - Maladie digestive : **maladie de Crohn, achalasie, maladie cœliaque** - Endocrinien : **hyperthyroïdie, diabète, pan-hypopituitarisme, insuffisance surrénale**
		Trouble psychiatrique	- **Trouble obsessionnel-compulsif** - **Trouble psychotique chronique** : idée délirante d'empoisonnement, forme hébéphrène… - **Phobie alimentaire** - **Trouble dépressif caractérisé majeur** - **Trouble de la personnalité** : surtout **état-limite**, **évitant** ou **obsessionnelle**

<table>
<tr><td rowspan="1"></td><td>Comorbidité</td><td colspan="2">- Trouble dépressif caractérisé dans 70% des cas, plus rarement trouble bipolaire
- Trouble obsessionnel-compulsif (surtout rangement, vérification et lavage)
- Phobie sociale
- Trouble anxieux généralisé
- Trouble de conduite et comportements d'automutilation (scarification, brûlure), essentiellement dans le cadre d'une personnalité borderline, passage à l'acte auto(hétéro) agressif
- Addiction : surtout au psychotrope ou psychostimulant</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Evolution</td><td colspan="3">- Evolution spontanée : mortalité par suicide ou cachexie, chronicisation du trouble, parfois rémission spontanée (souvent dans les formes adolescentes de début précoce)
- Sous traitement :
. Evolution favorable (rémission partielle ou totale) dans 50% des cas
. Passage à la chronicité : 30% des cas à 5 ans, 20% au-delà de 10 ans
. Rechute fréquente : 40% dans l'année suivant une hospitalisation
- Evolution chronique (20-30%) : fluctuations pondérales, succession d'épisodes anorexies, avec ou sans épisodes boulimiques, et passage d'une forme restrictive à une forme purgative
- Mortalité = 10% dans les 10 ans après le 1er épisode : déséquilibre métabolique, trouble cardiaque, infection, suicide</td></tr>
<tr><td>Facteur de mauvais pronostic</td><td colspan="2">- Forme à début tardif ou extrêmement précoce
- Sexe masculin
- Déni de la maladie, surtout si persistant > 4 ans
- Vomissements associés
- Perte de poids importante/poids initial très faible
- Délai de prise en charge important
- Comorbidités psychiatriques
- Mauvaise qualité de vie relationnelle et sociofamiliale</td></tr>
<tr><td>PEC</td><td colspan="3">La plus précoce possible : prévention de l'évolution vers une forme chronique et des complications médicales
Prise en charge nutritionnelle ET psychiatrique :
- Multidisciplinaire, ininterrompue et prolongée ≥ 1 an après rémission minimum
- Objectifs pondéraux, nutritionnels et psychothérapeutiques fixés individuellement : souvent contractualisée
- Durée moyenne d'un programme de soin = 3 à 4 mois</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Bilan</td><td>Int</td><td colspan="2">- Antécédents médicaux psychiatriques et non psychiatriques, ATCD familiaux
- Histoire pondérale, % de perte de poids et cinétique de la perte de poids (poids maximal et minimal atteint), facteurs déclenchants
- Evaluation des restrictions et autres comportements associés, et des comorbidités
- Evaluation de l'environnement social et familial</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">- Poids, taille, IMC, courbe de croissance chez l'enfant et l'adolescent
- Evaluation du stade pubertaire de Tanner, recherche d'une aménorrhée (fille) ou d'une impuissance (garçon)
- Examen général : FC, TA, température, signes de déshydratation, état cutané et des phanères, œdèmes, acrosyndrome, recherche de complications musculaires, neurologiques et endocriniennes, examen psychiatrique</td></tr>
<tr><td>Bio</td><td colspan="2">- Bilan standard : NFS, ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine, CRP, TP, TCA
- Bilan métabolique : calcémie, phosphorémie, 25-OH-vitamine D
- Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL, TP
- Bilan nutritionnel : albumine, préalbumine
- TSH seulement si doute sur une hyperthyroïdie</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- ECG : recherche de trouble du rythme, signes d'hypokaliémie
- Ostéodensitométrie si > 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans si anormale ou aménorrhée persistante
- Impédancemétrie (% de masse grasse)
- Imagerie cérébrale à discuter selon le contexte
- ETT (épanchement péricardique) en fonction du contexte</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td rowspan="3">CRITERES D'HOSPITALISATION</td><td colspan="2">→ Hospitalisation libre, sous contrainte (accord parental ou ASPDT), voire OPP si refus des parents et risque vital</td></tr>
<tr><td>Gravité clinique</td><td>- Perte de poids ≥ 20% en 3 mois ou IMC < 14
→ Hospitalisation en USI si IMC < 12
- Malaises, chutes ou perte de connaissance
- Vomissements incoercibles
- Echec de la renutrition ambulatoire
- Restriction extrême (refus de manger ou boire)</td></tr>
<tr><td></td><td>- Amyotrophie importante avec hypotonie axiale
- Déshydratation
- Hypothermie < 35°C ou hypotension < 90/60
- Bradycardie < 40/min ou tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td rowspan="4">CRITERES D'HOSPITALISATION</td><td>Gravité paraclinique</td><td>- Anomalie ECG
- Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique < 0,3 g/L
- ASAT ou ALAT > 10N
- Trouble hydro-électrolytique:
. Hypokaliémie < 3
. Hyponatrémie < 125 ou hypernatrémie > 150
. Hypophosphorémie < 0,5
. Hypomagnésémie
- Insuffisance rénale < 40 mL/min
- Leucopénie < 1 G/L ou neutropénie < 0,5 G/L</td><td rowspan="3">Chez l'enfant ou l'adolescent

- Perte de poids ≥ 2 kg/semaine
- IMC < 13,2 à 15-16 ans
< 12,7 à 13-14 ans
- Ralentissement idéique et verbal, confusion
- Syndrome occlusif
- Hypothermie < 35,5°C ou hyperthermie
- Hypotension < 80/50 ou hypotension orthostatique
- Hypoglycémie < 0,6 symptomatique ou non, ou acétonurie à la BU
- ASAT ou ALAT > 4N
- Créatinine > 100
- Thrombopénie < 60</td></tr>
<tr><td>Psy</td><td>- Risque suicidaire, automutilations répétées
- Comorbidité psychiatrique sévère
- Idéations obsédantes intrusives, incapacité à contrôler les obsessions
- Incapacité à contrôler les comportements compensatoires
- Nécessité d'une renutrition par SNG</td></tr>
<tr><td>Social</td><td>- Echec de prise en charge ambulatoire
- Patient peu coopérant, motivation insuffisance, soins ambulatoires difficiles
- Entourage indisponible : problèmes familiaux, ø famille, épuisement familial
- Stress environnemental (critiques, isolement)</td></tr>
<tr><td colspan="2">1ères mesures aux urgences</td><td colspan="2">- Repos au lit, réchauffement si nécessaire
- Eviter toute perfusion, ou si besoin NaCl 0,9% sur VVP (sans sucre), VVC à éviter
- Proposer une alimentation normale en augmentant les apports alimentaires de façon progressive pour éviter SRI, limiter les apports hydriques à 1L/jour
- Nutrition entérale si nécessaire, sans décision précipitée
- Supplémentation systématique en phosphate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aspect psycho-thérapeutique</td><td colspan="2">But : favoriser l'adhésion aux soins, accepter la renutrition, corriger les distorsions cognitives et attitudes dysfonctionnelles, renforcer l'estime de soi, améliorer les relations interpersonnelles
- Thérapie cognitivo-comportementale principalement : efficacité prouvée
- Psychothérapie de soutien systématique
- Thérapie familiale surtout chez l'enfant/adolescent
- Autre : entretien motivationnel, thérapie systémique, thérapie psychanalytique, approches corporelles…
→ Maintenue au moins 1 an après amélioration clinique significative</td></tr>
<tr><td colspan="2">TTT psycho-pharmacologique</td><td colspan="2">→ Aucun traitement spécifique de l'anorexie mentale : PEC des comorbidités psychiatriques
Antidépresseur si trouble dépressif caractérisé, TOC ou trouble anxieux : uniquement si non amélioré par la reprise pondérale ou secondaire à la reprise pondérale
- Après avoir atteint un poids minimal requis (inefficace si poids très bas)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Aspect nutritionnel</td><td colspan="3">Objectif pondéral : déterminé selon l'âge, les antécédents pondéraux et le poids permettant de restaurer le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire, discuté avec la patiente
- Peut être limité initialement à l'arrêt de la perte pondérale
- Phase de reprise : au moins 1 kg/mois en ambulatoire (1 kg/semaine en hospitalisation)</td></tr>
<tr><td>Renutrition</td><td colspan="2">= 1ère phase : obtention et maintien d'un poids (ou d'une vitesse de croissance chez l'enfant) et d'un statut nutritionnel adapté
- Prudente et progressive → risque de syndrome de renutrition inappropriée
- Suivi : bilan hydro-électrolytique avec phosphorémie
- Correction systématique en phosphore, vitamines et oligoéléments si dénutrition sévère
- Parfois avec assistance nutritive : nutrition entérale d'appoint par SNG
- Hospitalisation en réanimation si renutritition de patients avec IMC très bas</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td rowspan="2">Aspect nutritionnel</td><td>Renutrition</td><td>Syndrome de renutrition inappropriée</td><td>= Rupture de l’équilibre métabolique, adapté à la dénutrition sévère, avec augmentation du métabolisme glucidique (surtout en cas d’apport massif de glucose IV), consommation accrue de phosphore et d’ATP et entrée intracellulaire de magnésium, de calcium et potassium
- Asthénie, paresthésies, syndrome confusionnel
- Rétention hydrosodée avec état hyperosmolaire
- Risque de trouble du rythme cardiaque et de crise comitiale
- Biologie :
. Cytolyse hépatique (> 10 N) avec risque insuffisance hépato-cellulaire
. Hypophosphorémie, hypokaliémie, hypomagnésémie, hypocalcémie
. Trouble de l’hémostase, anémie
. Hyperglycémie ou hypoglycémie avec hyperinsulinisme
. Carence vitaminique</td></tr>
<tr><td>Rééducation nutritionnelle</td><td colspan="2">= 2e phase : réintroduction d’une alimentation souple, hédonique et sociale avec renforcement du travail psy
- Alimentation quantitativement et qualitativement correcte
- Comportements alimentaires adaptés</td></tr>
<tr><td>PEC à moyen et long terme</td><td colspan="3">- Suivi régulier prolongé : contrôle du poids, de l’état nutritif, de l’état clinique général et psychiatrique
- Aide psychothérapique (individuelle ou en groupe) au long terme
- Aide non médicale : associations de malades ou de familles de malade, groupe de soutien…</td></tr>
</table>

BOULIMIE

- **Prévalence = 3%**, prédominance féminine (sex ratio 10/1), surtout entre 16 et 25 ans, en zone urbaine

Symptomatologie

- Récurrence de crises de boulimie s'accompagnant de comportements compensatoires
- Touche surtout chez la femme jeune, de bon niveau intellectuel et/ou social
- Débute souvent dans les suites d'un régime restrictif et/ou à la suite de vomissements provoqués
- Peut débuter secondairement à un traumatisme ou une perte

2 types :
- Avec vomissement
- Sans vomissement ni prise de purgatifs

Crise de boulimie	- Débute par un **craving** : compulsion irrépressible et angoissante de faim - **Absorption d'une quantité anormalement élevée et rapide d'aliments**, très difficile à contrôler, principalement **hypercaloriques** (gras et sucrés), sur une période de temps limitée, responsable d'un sentiment de soulagement - Sentiment de perte de contrôle - Fin de la crise par des **vomissements provoqués (si forme avec compensation)**, avec **sensation de soulagement** (lutte contre la prise de poids et la pesanteur gastrique), avec souvent une **fatigue intense avec somnolence** - **Sentiment de culpabilité** au décours
Stratégies de contrôle du poids - compensatoires	- **Vomissements provoqués** : la plus fréquente, mais non systématique, généralement cachés - **Consommation de laxatifs** ou de **diurétiques** - **Restriction alimentaire inter-crise**, visant à compenser les apports caloriques des crises - **Exercice physique intensif** - **Poids normal**, avec des **fluctuations pondérales rapides** (± 2-5 kg/semaine)
Distorsion cognitive	- **Trouble de l'image du corps**, avec préoccupations concernant le poids et les formes corporelles - **Envahissement** et **peur excessive** de prendre du poids - **Confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim** - Phénomène de **renforcement négatif** lié à la culpabilité
Dysménorrhée	- Spanioménorrhées, même si normo-pondérée - Exceptionnellement **aménorrhée secondaire** et **ostéoporose**
Retentissement médical	- **Syndrome pseudo-occlusif, paralysie du côlon** - Conséquences des vomissements répétés : **hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, œsophagite peptique, syndrome de Malory-Weiss, déshydratation extracellulaire** - **Prise de poids**, exceptionnellement **obésité** - **Mauvais état nutritionnel**, voire **dénutrition** - **Ostéoporose** (surtout si aménorrhée) - **Ingestion de corps étrangers** au cours des vomissements répétés, **pneumopathie d'inhalation** - Troubles hydro-électrolytiques : **hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie, alcalose métabolique** - **Insuffisance rénale fonctionnelle, œdèmes** - **Néphropathie tubulo-interstitielle** - **Carence en vitamine B1**

Diagnostic

- Trouble souvent caché, avec un retard diagnostic important
- Auto-questionnaire de dépistage : **BULIT-R** (*Bulimia Test-Revised*), **BITE** (*Bulimic Investigatory Test Edinburgh*), **SCOFF**

Critères DSM-V	A - Survenue **d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée** : absorption alimentaire largement supérieure à la moyenne **en < 2h**, avec impression de perte de contrôle et impossibilité de s'arrêter B - Mise en œuvre de **comportements compensatoires** visant à éviter la prise de poids : vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif, exercice physique C - Fréquence moyenne **≥ 1/semaine** sur une période durant > **3 mois** D - **Perturbation excessive de l'estime de soi** par la forme du corps et le poids E - Ne survient pas exclusivement au cours d'un épisode d'anorexie mentale
DD	Médical : - Neurologique : **tumeur cérébrale, épilepsie** **Syndrome de Klein-Levin** (hypersomnie périodique avec hyperphagie) - **Syndrome de Klüver-Bucy** (agnosie visuelle, hyperoralité, hypersexualité, hyperphagie) Psychiatrique : - **Episode dépressif caractérisé atypique** - **Trouble de la personnalité borderline** - **Hyperphagie boulimique** : absence de comportement compensateur → **obésité**

	Comorbidité	- **Episode dépressif caractérisé** très fréquent = dans 60 à 80% des cas - **Trouble bipolaire** plus rarement - **Addiction** (40%) : **alcool**, **médicamenteuse**, notamment **anxiolytique** - **Trouble de la personnalité borderline** - **Tentative de suicide, comportements auto-agressifs** - **Troubles anxieux, phobie sociale, isolement**
Evolution	- Evolution plus rapidement résolutive que l'anorexie mentale : **70%** de rémission à 10 ans - **Mortalité** = **2%** à 10 ans	
	Facteurs de mauvais pronostic	- Sévérité initiale - Mauvaise estime de soi - Présence de vomissements provoqués - Comorbidité psychiatrique - Poids bas ou différent du poids physiologique - Environnement familial conflictuel, rigide ou moraliste - Obésité pré-morbide
Prise en charge	- La plus précoce possible, dans la majorité des cas en ambulatoire - Objectifs comportementaux et psychothérapeutiques définis individuellement **- Bilan clinique et paraclinique identique à l'anorexie** ➔ Hospitalisation si : - Complications somatiques grave, trouble psychiatrique associé d'intensité sévère - **Crises boulimiques sévères** et/ou **fréquentes > 8/semaine, imposant un sevrage boulimique**	
	Aspect psycho-thérapeutique	Soutien fiable et bienveillant : thérapie de soutien But : favoriser l'adhésion aux soins, réintroduire la notion de plaisir dans l'alimentation, corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles (notamment le renforcement négatif), apprendre les signes annonciateurs de crise et les techniques pour y remédier (désamorçage) - **Thérapie cognitivo-comportementale** : 40% de rémission, utilisation d'observations comportementales (carnet alimentaire) et des crises induites - **Psychoéducation, affirmation de soi** - Autres : **psychothérapie de soutien, entretien motivationnel, thérapie d'inspiration psychanalytique, thérapie familiale ou systémique**
	Aspect psycho-pharmacologique	- **Antidépresseur ISRS** : **fluoxétine** 60 mg/j principalement, à dose plus élevée que dans le trouble dépressif caractérisé, surtout lorsque la mise en place d'une TCC n'est pas possible - Correction de l'hypokaliémie
	Aspect nutritionnel	- **Travail nutritionnel** et **diététique = rééducation nutritionnelle**: possible phase de renutrition initiale, alimentation selon des schémas réguliers avec une alimentation diversifiée et suffisante, modération alimentaire, réapprentissage alimentaire
	PEC à moyen et long terme	- **Suivi régulier et prolongé** : contrôle du poids, état nutritif, état médical et psychologique - **Psychothérapie** poursuivie de façon prolongée (risque de rechute important) - Aide non médicale : soutien et étayage de la famille, **association de malades ou de familles de malade, groupe de soutien**…

HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

Hyperphagie boulimique ou ***Binge Eating Disorder*** : récurrence de crise de boulimie sans conduite compensatoire destinée à un contrôle de poids
Sujet généralement en surpoids ou obèse
- Prévalence = **1.6%** avec une prédominance féminine moins marquée (2/1)

Symptomatologie

- Débute généralement dans l'enfance, souvent après un traumatisme ou un abus sexuel
- Compulsions alimentaires fréquentes chez l'adolescent, parfois prodromique d'une hyperphagie boulimique
- **Régimes** souvent **secondaires au début des troubles** (à l'inverse de l'anorexie mentale et de la boulimie)

Crise de boulimie	- Phénomène de **craving** très important : sensation de faim compulsive et irrépressible - **Absorption d'une quantité anormalement élevée**, avec **sentiment de perte de contrôle : grandes quantités, y compris d'aliments non plaisants (ce qui lui tombe sous la main)** - Crise souvent **en cachette** - **Sentiment intense et douloureux de culpabilité** - **Conscience du trouble** avec **souffrance psychique** importante ➝ Aucune stratégie de purge ou de comportement compensatoire
Distorsions cognitives	- **« Illusion de contrôle »** avec **comportement rigide d'hyper-contrôle**, alternant avec **des phases de transgression et de compulsions** - **Confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim** - **Renforcement négatif** lié à la culpabilité, renforcement du trouble de l'estime de soi
Retentissement médical	- **Surpoids** et **obésité** - Digestifs : **halitose**, **RGO, ballonnement, douleur abdominale, alternance diarrhée-constipation**… - **Stéatose hépatique** - **Mauvais état nutritionnel**, voire **dénutrition** - **Alcoolisme, abus de substances** - **Répercussion indirecte = complication de l'obésité** : diabète, hyperlipidémie, hyperuricémie, SAOS…

Diagnostic

➝ Dépistage systématique par l'interrogatoire chez tous les patients obèses

Critères DSM-V	A - Survenue **d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée** : prises alimentaires largement supérieure à la moyenne en < 2h, avec impression de perte de contrôles et impossibilité de s'arrêter B - ≥ 3 éléments : - Prise alimentaire beaucoup plus rapide - Prise alimentaire jusqu'à sensation de trop-plein abdominal désagréable - Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation de faim - Prises alimentaires solitaires du fait de la gêne occasionnée - Sensations de dégoût de soi, de dépression ou de culpabilité après avoir mangé C - **Sentiment de détresse, de dégoût de soi** en lien avec l'existence de l'hyperphagie D - Episodes **≥ 1/semaine** pendant **> 3 mois** consécutifs E- **Absence de comportement compensatoire**
DD	- Atteinte médicale non psychiatrique : **tumeur cérébrale, épilepsie, syndrome de Klein-Levin** ou **de Klüver-Bucy** - Atteinte médicale psychiatrique : **boulimie, obésité morbide, épisode dépressif caractérisé atypique, trouble bipolaire, trouble de personnalité borderline, évitante ou dépendante**
Comorbidité	**- Episode dépressif caractérisé, trouble bipolaire, symptôme anxiodépressif** **- Trouble anxieux, phobie sociale, trouble de la personnalité (dépendante, évitante, borderline…), forte impulsivité** - Addiction (alcool, drogues) (moins fréquente)

- Evolution peu connue : taux de rémission supérieur à l'anorexie ou la boulimie, **forme chronique** très fréquente
- Facteur de mauvais pronostic : comorbidité psychiatrique, abus sexuel dans l'enfance, durée d'évolution du trouble

TTT

- **Psychothérapie** : **thérapie cognitivo-comportementale** principalement, thérapie de soutien
- Traitement médicamenteux : **antidépresseur ISRS**
- Prise en charge nutritionnelle et médicale de l'obésité

AUTRES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

PICA

PICA = **Ingestion répétée de substances non nutritives** (plâtre, sable, plomb, cailloux…) pendant une période ≥ 1 mois
- Principalement chez le jeune enfant
- Hors pratique culturellement ou socialement admise

Etiologie	- **Carence martiale** ou **en zinc** - **Négligence**, **carence affection parentale**, **trouble de l'attachement** - **Retard de développement** - Trouble psychiatrique : **autisme, schizophrénie**
DD	- **Syndrome de Klein-Levin** ou **Klüver-Bucy** - **Carence en fer et en zinc** - **Anorexie mentale** - **Trouble factice (ingestion volontaire)** - **Equivalent de comportement auto-agressif** (geste autolytique, trouble de personnalité)
Evolution	→ Risque de décès selon le type d'ingesta - **Trouble digestif** : **trouble du transit, occlusion intestinale, corps étrangers, fausses routes répétées** - **Saturnisme** - **Infection bactérienne** ou **parasitaire**
TTT	- Traitement étiologique - **Approche comportementale, aménagement des lieux, renforcement de la surveillance** - Parfois **traitement neuroleptique**, surtout si trouble délirant associé

MERYCISME

Mérycisme = **Régurgitations répétées de nourriture** pendant une période ≥ 1 mois : aliments remastiqués, ré-avalés, recrachés. Pas de nausée, pas d'affection somatique expliquant la régurgitation
- Peu fréquent, touche plus les garçons que les filles, le plus souvent chez les nourrissons

Chez le nourrisson	- **Posture caractéristique** : tension et cambrure du dos et de la tête en arrière - **Mouvements de succion de la langue**, avec **impression de plaisir ressentie** - **Nourrisson irritable et affamé** entre les épisodes de régurgitation - Parfois **malnutrition** (du fait des régurgitations) - Possible **cassure de la courbe staturo-pondérale**, **perte de poids,** voire **décès**
Etiologie	- **Retard mental** - **Problème psychosocial** : défaut de stimulation, carence de soins, conflits familiaux, niveau socioéducatif faible - **Anorexie** ou **boulimie** chez le jeune adulte
DD	- Anomalie congénitale chez le nourrisson : **sténose du pylore, RGO** - Trouble digestif : **RGO, gastroparésie, hernie hiatale** - **Syndrome de Sandifer** (dystonie paroxystique lors de l'alimentation)
Evolution	- Disparition souvent spontanée chez le nourrisson - Risque de **dénutrition**, **déshydratation**, **retard de développement**
TTT	- Rémission possible spontanément - **Techniques comportementales** et de **relaxation**

Autres

Orthorexie	= **Règles très rigides autour des aliments supposés « sains » ou « écologiques »** - Souvent sur un terrain anxieux, ou obsession quasi-hypocondriaque de la maladie FORME D'ANOREXIE MENTALE
Vomissements induits	**= Vomissements provoqués en l'absence de compulsion alimentaire réelle** - Objectif de modification du poids, de la silhouette ou d'éviter certaines intoxications
Phobie alimentaire	= **Peur, parfois extrême, de manger certains aliments** - Souvent sur un terrain anxieux ou hypocondriaque, ou sous-tendu par un traumatisme
Compulsions nocturnes	**= Compulsions alimentaires survenant après un repas du soir normal ou la nuit** - Responsable d'une souffrance significative
Grignotage pathologique	**= Prise alimentaire répétée de petites quantités d'aliments en dehors du repas** - Aliments identifiés comme une source de plaisir, rôle anxiolytique
Evitement de l'ingestion d'aliments	**= Manque d'intérêt pour l'alimentation,** avec dégoût, fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture **: incapacité persistante à atteindre les besoins vitaux appropriés** - Perte de poids, dénutrition mais sans perturbation de l'image du corps